Le Cardiologue

-- Le cardiologue - Socio-professionnel - Nomenclature - Au sujet de la nomenclature en 2005 --

Au sujet de la nomenclature en 2005



C2 : nouveau mode d'emploi

Le Cardiologue n°284 (septembre 2005)

Equipe éditoriale

Publié le samedi 11 février 2006

Modifié le vendredi 7 juillet 2006

Fichier PDF créé le mercredi 20 février 2008

La cotation C2 reste définie par l'article 18 des dispositions générales de l'ancienne nomenclature, qui a été modifié par le texte conventionnel (article 1.2.2) et qui introduit à la fois des restrictions et des ouvertures par rapport aux modalités antérieures.

Quelques règles essentielles

Le médecin consultant reçoit le patient à la demande explicite du médecin traitant. Il s'agit du médecin traitant au sens de la convention, c'est-à-dire que le C2 n'est pas applicable quand le patient est adressé par un autre spécialiste (sauf dans les cas exceptionnels ou ce spécialiste a été choisi comme médecin traitant par le malade).

Le médecin consultant ne donne pas de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions. La cotation C2 ne permet donc pas de rédiger des ordonnances. Par contre, le médecin spécialiste peut faire les actes techniques nécessaires à l'élaboration de son avis ponctuel de consultant, c'est-à-dire qu'il est possible au décours de la consultation de programmer, par exemple, un holter ou une épreuve d'effort. Il s'agit là de la traduction dans le texte conventionnel d'une décision de la Cour de Cassation (arrêt du 23 janvier 1997).

Le médecin correspondant s'engage à adresser au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques et de suivi. Il doit donc y avoir une lettre adressée au médecin traitant.

Règle des six mois :

- le médecin consultant ne doit pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédant la consultation ;
- il ne peut pas coter de C2 s'il doit revoir le patient dans les 6 mois suivants. Commentaire : cela signifie que si le spécialiste souhaite revoir en consultation le patient de façon rapprochée (exemple : contrôle d'un traitement), le C2 est exclu ;
- une exception est prévue dans le texte conventionnel pour un deuxième C2 dans le délai de six mois, mais le médecin traitant doit en informer au préalable le contrôle médical de la caisse.

Le C2 est accessible à tous les spécialistes, quelle que soit leur filière de formation (anciens internes de C.H.U. ou titulaires d'un certificat d'études spécialisées).

Prise en charge protocolisée. Le C2 n'est pas applicable lorsqu'une périodicité de consultations spécialisées est prévue dans le protocole ALD, et si le patient vient consulter dans le cadre de ce protocole. De même en cas de séquences de soins nécessitant l'intervention successive de plusieurs intervenants sans passage par le médecin traitant (exemple médecin traitant > chirurgien > anesthésiste > cardiologue pour bilan pré-opératoire).

Cumul de cotations C2 + ECG

Le C2 dans sa nouvelle formule se réfère à l'article 18 des dispositions générales de la nomenclature et reste donc régi par la jurisprudence qui en découle, et notamment les sept arrêts du 14 novembre

1996 de la Cour de Cassation qui précisent « Qu'est conforme aux dispositions de la nomenclature le cumul des honoraires de l'électrocardiogramme et des honoraires d'une consultation cotée C2 en application de l'article 18 de la première partie de la nomenclature ».

Rappelons qu'une circulaire de mars 1997 du contrôle médical de la C.N.A.M. avait confirmé la possibilité de cumul de cotation du C2 et de l'ECG.

L'article III-3-A-3 des dispositions générales de la C.C.A.M. maintient les possibilités de cumul des cotations d'ECG et de consultation.

Quelques questions

Le malade doit-il disposer d'une lettre du médecin traitant ?

Le texte conventionnel notifie que la consultation de consultant doit être faite « à la demande explicite du médecin traitant » mais n'est pas limitatif sur les formulations de cette demande.

En pratique, plusieurs situations sont rencontrées :

- le malade prend son rendez-vous avec une lettre de demande de consultation de son médecin, ce qui est le plus courant ;
- le médecin traitant téléphone au spécialiste : ce cas de figure est fréquent pour les urgences ;
- le médecin traitant a demandé de façon « explicite » au patient de consulter tel spécialiste, mais il ne fait pas de lettre car il estime que le carnet de santé régulièrement mis à jour est suffisant.

Que peut-il se passer en cas de litige avec le contrôle médical de la caisse ?

S'il y a une lettre du médecin traitant, les choses sont claires, et il vaut mieux la conserver. S'il n'y a pas de lettre, le spécialiste qui aura coté C2 ne sera pas forcément en tort, mais il aura beaucoup de difficultés à le prouver. En cas de procès, la charge de la preuve incomberait-elle à celui qui accuse, ce qui paraîtrait logique, ou à celui qui se défend ? On ne peut pas actuellement répondre à cette question, et il faut rester prudent dans cette situation.

La formulation du compte-rendu peut avoir une importance en cas d'expertise.

Qu'en est-il si, de façon imprévue, un malade est amené à reconsulter moins de six mois après un C2 ?

Ce C2 ne peut pas être remis en cause de façon rétrospective. C'est tout au moins notre interprétation. En effet, au moment où il cote son C2, le spécialiste n'est pas dans la situation où il « doit » revoir le patient dans les six mois, puisque c'est à l'occasion d'un événement intercurrent imprévisible qu'il le reverra. Par contre, cette deuxième consultation ne pourra pas faire l'objet d'un C2, sauf si le médecin traitant en a informé au préalable le contrôle médical de la caisse.

Peut-on coter un C2 quand le malade est adressé par le remplaçant du médecin traitant ou son associé ?

C'est possible. En effet, le texte fait référence à la définition conventionnelle ce qui indique que le C2 est applicable quand l'adressage est fait par le remplaçant ou l'associé du médecin traitant quand

celui-ci est absent. (cf. article 1.1.3 de la Convention).

Pour les patients de moins de seize ans ?

Le parcours de soins ne concerne pas les patients de moins de seize ans. Le médecin traitant est, dans cette situation, celui qui a adressé le patient.

Il est vraisemblable que cette nouvelle définition du C2 fera l'objet de différentes interprétations.

La possibilité de cumuler le C2 à la cotation de l'ECG a été admise grâce à l'action du Syndicat des Cardiologues. La cotation C2 elle-même a été consolidée et étendue à l'ensemble des spécialistes grâce aux centrales syndicales lors des négociations conventionnelles.

Ces acquis permettent de pérenniser la fonction de cardiologue consultant à laquelle nous tenons tous.

À nous de savoir coter à bon escient.

Texte de la convention 1.2.2. - Valorisation du rôle de médecin correspondant Rémunération de l'avis ponctuel de consultant Conformément à l'article 18 de la NGAP, le médecin correspondant rend un avis ponctuel de consultant lorsqu'il reçoit le patient à la demande explicite du médecin traitant, ne lui donne pas de soins continus mais laisse au médecin traitant la charge de surveiller l'application de ses prescriptions.Le médecin correspondant sollicité pour un avis ponctuel de consultant s'engage à adresser au médecin traitant ses conclusions et propositions thérapeutiques et de suivi.Outre les médecins bénéficiant d'ores et déjà de la possibilité de coter la C2, et sous réserve : d'être conventionné et titulaire d'un certificat d'études spécialisées ; et de ne pas avoir reçu le patient dans les 6 mois précédant la consultation.Le médecin correspondant, lorsqu'il rend un avis ponctuel de consultant, est rémunéré dans les conditions définies à l'article 18 de la nomenclature générale des actes professionnels.Le médecin correspondant ne peut pas coter de C2 s'il doit revoir le patient dans les 6 mois suivants.La cotation C2 pour avis ponctuel de consultant sera également étendue aux médecins qui obtiendront un diplôme d'études spécialisées de médecine générale à compter du 1er janvier 2007.Les parties conviennent que l'e